FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX

ANNÉE 1888-1889 N° 57

DU

CATHÉTÉRISME RÉTROGRADE

CHEZ L'HOMME

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRESENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 24 JUILLET 1889

PAR

Camille-Frédéric-Amans CAYLUS

Né à Valence-d'Albi (Tarn), le 18 Août 1862.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE { MM. DEMONS, Professeur, *Président.*
COYNE,
POUSSON,
DENUCÉ. } *Juges.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'Enseignement médical.

BORDEAUX
IMPRIMERIE DU CENTRE, 30, PLACE PEY-BERLAND

1889

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX

ANNÉE 1888-1889 N° 57

DU

CATHÉTÉRISME RÉTROGRADE

CHEZ L'HOMME

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRESENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 24 JUILLET 1889

PAR

Camille-Frédéric-Amans CAYLUS

Né à Valence-d'Albi (Tarn), le 18 Août 1862.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE { MM. DEMONS, Professeur, *Président.* COYNE, POUSSON, DENUCÉ. } *Juges.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'Enseignement médical.

BORDEAUX
IMPRIMERIE DU CENTRE, 30, PLACE PEY-BERLAND
—
1889

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX

M. PITRES..... Doyen

PROFESSEURS

M. MICÉ..... Professeur honoraire.

Clinique médicale	MM. PICOT. PITRES.
Clinique chirurgicale	DEMONS. LANELONGUE.
Pathologie interne	DUPUY.
Pathologie externe	AZAM.
Pathologie et thérapeutique générales	VERGELY.
Thérapeutique	DE FLEURY.
Médecine opératoire	MASSÉ.
Clinique obstétricale	MOUSSOUS.
Anatomie pathologique	COYNE.
Anatomie	BOUCHARD.
Histologie et Anatomie générales	VIAULT.
Physiologie	ORÉ.
Hygiène	LAYET.
Médecine légale	MORACHE.
Physique	MERGET.
Chimie	BLAREZ.
Histoire naturelle	GUILLAUD.
Pharmacie	FIGUIER.
Matière médicale	PERRENS.
Médecine expérimentale	JOLYET.
Clinique ophtalmologique	BADAL.

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

SECTION DE MÉDECINE

Pathologie interne et Médecine légale	ARNOZAN. RONDOT. ARTIGALAS. MOUSSOUS. DUBREUILH

SECTION DE CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS

Pathologie externe	BOURSIER. PIECHAUD. LAGRANGE. POUSSON. DENUCÉ.
Accouchements	LEFOUR.

SECTION DES SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES

Anatomie et Physiologie.... M. PLANTEAU. M. FERRÉ. | Histoire naturelle..... M. DE NABIAS.

SECTION DES SCIENCES PHYSIQUES

Physique	MM. BERGONIÉ.
Chimie et Toxicologie	DENIGÈS.
Pharmacie	CARLES.

COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique méd. des enf..... MM. RONDOT. | Maladies vénériennes..... MM. ARNOZAN
Clinique chir. des enf..... PIECHAUD. | Maladies mentales ..... N....

Accouchements..... M. LEFOUR, agrégé. | Chimie..... M. CARLES, agrégé.

Le Secrétaire de la Faculté, LEMAIRE.

« Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les « Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs « et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation. »

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MA SŒUR

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR DEMONS

Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine de Bordeaux.

Chevalier de la Légion d'honneur.

A MONSIEUR LE DOCTEUR LAGRANGE

Professeur agrégé de Chirurgie à la Faculté de Médecine de Bordeaux.
Chirurgien des Hôpitaux.

A MONSIEUR LE DOCTEUR POUSSON

Professeur agrégé de Chirurgie à la Faculté de Médecine de Bordeaux.
Chirurgien des Hôpitaux

A MONSIEUR LE DOCTEUR PRINCETEAU

Chef de Clinique chirurgicale.

AVANT-PROPOS

Le travail que nous présentons à nos juges est un chapitre de médecine opératoire relatif au traitement d'une complication malheureusement très fréquente dans les maladies de l'urètre; nous voulons parler du rétrécissement infranchissable, quelle qu'en soit la cause et la nature, alors que la paroi a subi une altération suffisante pour empêcher la bougie exploratrice, conductrice ou dilatatrice la plus fine de pénétrer son calibre.

Cette manœuvre chirurgicale, décorée du nom de *cathétérisme rétrograde* par son inventeur, ne constitue qu'un point bien restreint de la pathologie des voies urinaires. Elle ne semble pas avoir joui d'une grande faveur auprès des opérateurs. Aussi, nous n'aurons que peu de pièces à apporter dans le jugement de ce procès. Mais, comme nous avons eu la bonne fortune de voir faire trois fois cette opération dans l'année scolaire qui vient de s'écouler, par trois chirurgiens différents, c'est surtout le résultat de leur pratique

personnelle et de leurs observations, jointes à celles de leurs devanciers, que nous allons relater dans les pages qui vont suivre.

On nous objectera peut-être qu'il est encore prématuré de juger cette question avec une pénurie de matériaux comme ceux que nous offrons. Quoi qu'il en soit, nous avons cru bien faire en l'exposant telle qu'elle est, nous estimant heureux si nous avons pu poser un jalon dans cette histoire.

Ce n'est souvent qu'à la suite d'une série de tâtonnements et de succès plus ou moins incomplets qu'une opération, jugée primitivement avec défaveur, finit par acquérir droit de cité dans la pratique chirurgicale. C'est peut-être pour cette raison, autant qu'à cause des perfectionnements antiseptiques apportés dans le manuel opératoire de toutes les opérations en général, que le cathétérisme rétrograde a été pratiqué plus souvent et avec plus de succès dans les dernières années qui viennent de s'écouler.

Après avoir dit ce qu'on entend par cathétérisme rétrograde, nous diviserons ainsi le plan de cette thèse :

Nous ferons d'abord l'histoire de l'opération qui nous occupe, parlant successivement de ceux qui l'ont pratiquée, et de ceux qui en ont traité.

Nous ferons suivre cette histoire du résumé des observations publiées dans les divers recueils scientifiques, auxquelles nous ajouterons celles de nos maîtres de la Faculté de Médecine de Bordeaux.

De l'étude comparative de ces diverses observations, nous déduirons les indications et les contre-indications de l'opération, ce qui nous permettra de tracer un petit aperçu

clinique des affections de l'urètre dans lesquelles elle est plus particulièrement commandée.

Nous aborderons alors la question si importante de la technique opératoire, insistant tout particulièrement sur certains détails qui tendent à rendre cette opération d'une exécution plus facile et d'un succès plus certain.

Enfin, dans un dernier chapitre, qui sera consacré aux suites immédiates et éloignées de l'opération, nous établirons, sous forme de conclusions, la nécessité absolue du cathétérisme rétrograde dans certains cas, en même temps que son exécution facile, qui le met à la portée de tous les chirurgiens.

Nous adressons, en terminant cet avant-propos, nos plus vifs remercîments à M. le professeur Demons, qui a bien voulu accepter la présidence de ce travail inaugural, auquel son service de clinique, si riche en matériaux, a fourni deux observations intéressantes. Qu'il nous soit permis en même temps d'exprimer toute notre gratitude à MM. les docteurs Pousson et Princeteau, pour les observations inédites qu'ils ont bien voulu nous fournir.

Nous avons été surtout secondé dans notre tâche par M. le docteur Princeteau, chef de clinique chirurgicale à la Faculté, dont les conseils éclairés nous ont permis de mener à bonne fin l'œuvre qu'il nous avait inspirée.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

C'est en 1757 que le cathétérisme rétrogade fut pratiqué pour la première fois par Verguin, chirurgien de l'hôpital de la marine, à Toulon. Cette opération fut faite sur un calfat du port de Toulon, qui, tombé du haut d'un mât à cheval sur une vergue, s'était fait une rupture de l'urètre. Après avoir tenté en vain de le sonder, on fit une incision au périnée, laquelle procura la sortie de beaucoup de sang et d'une faible quantité d'urine. Le blessé ne fut pas soulagé. On le transporta le lendemain à l'hôpital de Toulon. Il avait la respiration très gênée, le ventre tendu, la vessie très tuméfiée par la rétention d'urine. On ne put parvenir à introduire la sonde dans ce viscère, ni par la verge, ni par la plaie du périnée.

M. Verguin reconnut que la portion de l'urètre qui se trouve au-devant de la prostate était déchirée et détruite, de sorte que la sonde paraissait à nu dans le périnée. L'impossibilité de porter cet instrument dans la vessie et les accidents de la rétention de l'urine, le déterminèrent à faire la ponction au-dessus du pubis et à laisser la canule du trois-quarts adaptée à la vessie au moyen de liens convenables. L'évacuation de l'urine amena peu à peu la diminution des accidents.

Au bout de quelque temps, ne pouvant encore parvenir à porter la sonde par l'urètre dans la vessie, à cause de la destruction d'une partie du canal, et désirant rétablir la route naturelle des urines, M. Verguin imagina le procédé suivant, qu'il pratiqua après en avoir éprouvé le succès sur le cadavre :

Il retira la canule, placée dans la vessie au-dessus du pubis, et y substitua, sans difficulté, une algalie courbe. Il en dirigea le bec dans l'orifice du col de ce viscère, et l'y enfonça le plus qu'il fut possible. Cette sonde étant ainsi fixée par un aide, il en introduisit une autre semblable par l'ouverture du gland, et l'enfonça dans l'urètre jusqu'à la plaie du périnée; puis, à l'aide du doigt mis dans cette plaie, il dirigea la sonde, introduite par le gland, vers le bec de celle qui occupait le col de la vessie, et parvint à faire passer la seconde sonde dans la portion du canal embrassée par la prostate, et de suite dans la cavité de ce viscère, en retirant peu à peu la sonde qui s'y trouvait placée et qui était entrée par la région du pubis.

Le cours des urines étant libre par l'algalie qui restait dans l'urètre et qui était convenablement assujettie par des liens, l'ouverture faite par le trois-quarts se ferma en peu de jours.

La suppuration de la plaie du périnée devint d'une bonne nature; les chairs se rapprochèrent et recouvrirent la sonde qui paraissait à nu.

On continua l'usage de cet instrument jusqu'à ce que la cicatrice extérieure fût achevée; on lui substitua une grosse bougie et l'on en continua l'usage pendant quelque temps. Au bout de trois mois, le malade sortit guéri de l'hôpital.

Ces détails, que nous empruntons à l'observation publiée par Chopart dans son *Traité des maladies des voies urinaires*, nous font connaître un des cas particuliers dans lesquels le cathétérisme rétrograde paraît indiqué.

Chopart a tenté plusieurs fois sur le cadavre le procédé de M. Verguin.

Chaque fois, il a réussi sans aucune difficulté. Mais il n'a pas employé lui-même ce procédé ailleurs qu'à l'amphithéâtre.

Longtemps après, Souberbielle, qui ne connaissait probablement pas le cas de Verguin, pratiqua une opération de ce genre. Cette observation est rapportée par Pascal Baseilhac dans son livre sur *la Lithotomie*.

A la fin du siècle, Hunter aurait aussi pratiqué le cathétérisme rétrograde; cependant il ne rapporte pas de fait qui permette de l'affirmer. Dans son *Traité de la Syphilis*, il conseille comme une opération très praticable, plus sûre et moins douloureuse, de faire pénétrer de la vessie dans l'urètre l'extrémité recourbée de la sonde. Lorsqu'on pratique cette opération, dit-il, pour une rétention d'urine causée par un rétrécissement de l'urètre, on pourrait introduire une sonde par la vessie dans le canal jusqu'au rétrécissement. Si l'on faisait pénétrer alors une canule droite dans l'urètre par son orifice externe, les deux instruments se trouveraient presque en contact, n'ayant que le rétrécissement

entre eux. Un stylet introduit par cette canule serait dirigé jusque dans le bout de la sonde placée dans la vessie; on pourrait ensuite faire passer soit une bougie, soit une sonde.

Nous voyons donc que Hunter, sans avoir publié d'observation indiquant qu'il aurait pratiqué cette opération dans sa carrière chirurgicale, propose bien de faire le cathétérisme rétrograde par la voie sus-pubienne et nous donne même en quelques mots le manuel opératoire.

En 1809, Fine, chirurgien de l'hôpital de Genève, publie dans le *Journal de médecine, de chirurgie et de pharmacie* (t. XXXIX, page 154) une observation d'une rétention d'urine produite par un rétrécissement de l'urètre et guérie par un procédé opératoire particulier : ponction sus-pubienne et fixation d'une canule; quinze jours après, le cathétérisme par la fistule hypogastrique et passage d'une sonde dans l'urètre; guérison complète.

Plus tard, Chassaignac a employé le même procédé. L'observation est rapportée dans une Revue des cas principaux du service de Chassaignac (par M. Pajot, *Gazette des hôpitaux*, 1844, p. 434).

Icard rapporte dans sa thèse (Th. Paris, 1858) un cas recueilli dans le service de Barrier, à l'Hôtel-Dieu; le malade mourut d'infection purulente.

Nous trouvons encore des observations de Sédillot, Voillemier, Guersant, Grillot, Giraldès.

Viennent ensuite les observations de Ribell, Volkmann, de Péan, de Duplay, de Rohmer (in- thèse de Beaucard, de Nancy, 1885), les faits de Cauchois, de Douart, de Piedvache, de Tillaux, de Vigo et de Defontaine.

Enfin, nous ajouterons les cas nouveaux de MM. Demons, Boursier, Pousson et Princeteau, dont on pourra lire la description dans le chapitre suivant.

Cet historique nous a été facilité par les recherches complètes que nous avons trouvées consignées dans les thèses de Beaucard (loc. cit.) et de Chuquet (Paris, 1888).

Nous avons lu également avec profit plusieurs comptes-rendus des séances de la Société de Chirurgie.

Société de Chirurgie, séance du 15 février 1888.

Société de Chirurgie, séance du 2 mai 1888.

Société de Chirurgie, séance du 14 novembre 1888.

CHAPITRE II

OBSERVATIONS

Observations relatives à des cas d'hypertrophie de la prostate.

OBSERVATION I

(RÉSUMÉE)

P. BASEILHAC, *Traité sur la Lithotomie*, Paris, 1804.

Observation relative à la ponction de la vessie par l'hypogastre.

M... est atteint, pour la seconde fois, d'une rétention d'urine. Il n'a pas uriné depuis trois jours, le cathétérisme est impossible à cause d'une affection variqueuse et d'autres obstacles insurmontables dans l'urètre.

M. Souberbielle ayant été appelé, reconnaît l'urgence d'évacuer les urines.

Ponction à l'hypogastre, au moyen d'un trois-quarts, au milieu de la ligne blanche. Mais, bientôt après, il se forme autour de l'extrémité profonde de la canule des incrustations qui irritaient la vessie et provoquaient des douleurs assez vives. Pour couper court à ces accidents, M. Souberbielle retira la canule, et, à sa place, introduisit par l'hypogastre une sonde creuse de gomme élastique qu'il engagea dans l'urètre aussi profondément que possible. Il la poussa jusqu'à ce qu'elle sortît hors de l'urètre; alors il

passa un fil long de Bretagne dans les yeux de la sonde, sans l'y fixer, et retint l'un des bouts du fil hors de l'urètre, pendant qu'il ramenait l'autre hors de l'hypogastre, en retirant tout à fait la première sonde hors de la plaie.

Le fil placé dans les organes, il insinua avec un stylet dans le cylindre d'une sonde dont il avait tronqué le petit bout, sans toucher à ses yeux, le fil de l'urètre, et il plongea ensuite la sonde dans le canal; à la faveur de ce fil conducteur qui était tenu fixement par ses deux bouts, la sonde fut poussée et se trouva placée dans la vessie sans effort, puis le fil fut retiré par l'hypogastre.

La présence de cette sonde guérit la fausse route qui avait été faite dans le canal, ainsi que les obstacles qui y existaient; en sorte que le malade urina à son ordinaire.

OBSERVATION II

CHASSAIGNAC, Revue des cas principaux du service de Chassaignac, par M. PAJOT. — (*Gazette des Hôpitaux*, 1884.)

Engorgement considérable de la prostate. — Impossibilité d'uriner. — Ponction hypogastrique. — Cathétérisme avec deux sondes.

Homme de 64 ans. Impossibilité absolue d'uriner et de pratiquer le cathétérisme normal. Ponction hypogastrique. Fistule hypogastrique.

On introduisait une sonde par la fistule hypogastrique dans la vessie, afin de faciliter l'écoulement des urines.

Mais pourquoi, dit Chassaignac, n'essaierait-on pas de pratiquer le cathétérisme par la vessie en même temps qu'on engagerait une autre sonde par le canal de l'urètre, et d'obtenir quelques gouttes d'urine par la voie ordinaire, où elles ne passaient plus depuis la ponction.

On pourrait poser en principe que toutes les fois que le tissu prostatique est assez malade, assez friable pour qu'il ne soit pas possible de pénétrer par

le cathétérisme sans produire de déchirure, il vaudrait mieux recourir à la ponction, surtout quand on aurait affaire à des engorgements non permanents qui, suceptibles de céder à un traitement approprié, permettraient, une fois guéris, de tarir la fistule et de ramener l'urine à son cours ordinaire.

OBSERVATION III

Observation du docteur ROHMER (de Nancy). — (*Revue médicale de l'Est*, 1er décembre 1884, p. 722.)

Il s'agit d'un homme de 68 ans, atteint d'hypertrophié de la prostate, chez lequel le cathétérisme était, sans difficulté, pratiqué quatre fois par jour. Le passage de la sonde devint subitement impossible. On dut, après des tentatives répétées qui ne réussirent qu'à faire saigner abondamment le malade, faire une série de ponctions hypogastriques pour vider la vessie. Jugeant que cette situation ne pouvait durer et l'état du malade s'aggravant, le docteur Rohmer se décida à faire la cystotomie sus-pubienne suivie du cathétérisme rétrograde. Une sonde molle fut ainsi fixée à demeure dans le canal, tandis que deux tubes étaient maintenus dans la plaie vésicale. La sonde urétrale dut être retirée dès le lendemain, parce que le malade ne la supportait pas.

La guérison n'en suivit pas moins son cours. Une canule hypogastrique qu'on avait essayé de laisser à demeure dut finalement être enlevée; mais le cathétérisme par les voies naturelles resta facile.

Observations relatives à des rétrécissements blennorrhagiques et infranchissables

---

OBSERVATION I

(INÉDITE)

Due à l'obligeance de M. le docteur POUSSON.

Rétrécissement infranchissable de l'urètre compliqué de fistules. — Urétrotomie externe sans résultat. — Mort.

F..., âgé de 58 ans, est atteint depuis longtemps de rétrécissement de l'urètre qu'il a négligé de soigner, malgré les conseils de son médecin. Au commencement de l'hiver 1887-88 il a été pris d'accidents graves d'infiltration d'urine, pour lesquels M. le docteur Chabrely lui a donné ses soins. Il y a échappé; mais, depuis lors, il a conservé des fistules multiples avec induration considérable des tissus au périnée et à la racine de la verge. Toute l'urine sort par ces fistules et il n'en passe pas la moindre goutte par le canal. L'état général est assez bon; cependant, le malade a de temps à autre des accès de fièvre.

Le 27 février 1888, M. le docteur Chabrely me fait l'honneur de m'appeler en consultation. J'essaie en vain d'introduire par le méat une série de bougies filiformes tortillées; je ne suis pas plus heureux en essayant de pénétrer dans la vessie par une des fistules s'ouvrant sur la verge et au périnée. Le malade cependant urine copieusement par ces trajets fistuleux et vide complètement sa vessie. Mais l'urine est trouble, ammoniacale et laisse déposer du pus. Les reins paraissent sains, leur palpation ne réveille pas de douleurs.

En présence de ce cas, je crois devoir proposer l'urétrotomie externe, qui est acceptée.

J'entreprends l'opération le 3 mars avec l'assistance de mes excellents confrères les docteurs Chabrely et Monod. Le malade étant chloroformé, j'essaie de pénétrer dans la vessie par une des fistules pénieuses et périnéales sans pouvoir y parvenir. J'introduis alors un cathéter dans l'urètre et j'incise le périnée sur la ligne médiane. Grâce à la présence du cathéter, je découvre de suite le bout antérieur de l'urètre ; mais, malgré de longues recherches et l'emploi de tous les artifices usités en pareil cas, il m'est impossible de trouver le bout postérieur. Après plus d'une heure de tentatives, j'abandonne le malade, espérant que lorsqu'il urinera, une fois réveillé, je pourrai découvrir le bout postérieur à la faveur du jet d'urine. Malheureusement, F... ne put, quelque effort de volonté qu'il fit, uriner en ma présence, et ce moyen de reconnaître le bout vésical de l'urètre me fut encore enlevé. Cependant, sans témoins, le malade urinait suffisamment et la vessie se vidait parfaitement. Je me proposais de faire le cathétérisme rétrograde, lorsque, presque subitement, F... fut emporté par un accès de fièvre urineuse, le troisième jour après ma première tentative opératoire.

Nous ne mettons cette observation en tête des suivantes que pour présenter le tableau des difficultés ordinaires que rencontre l'opérateur lorsqu'il veut pratiquer l'urétrotomie externe sans conducteur. Ne vaudrait-il pas mieux, dans ce cas, recourir d'emblée au cathétérisme rétrograde ? On éviterait ainsi le gros inconvénient de laisser une opération qui est non seulement inachevée, mais qui reste inutile. On verra par ce qui va suivre que lorsque cette conduite a été tenue le succès a, le plus souvent, couronné l'intervention opératoire.

OBSERVATION II

FINE, chirurgien de l'hôpital de Genève, 1809. — (*Journal de médecine, de chirurgie et de pharmacie*, t. XXXIX, p. 154.)

Observation d'une rétention d'urine produite par un rétrécissement de l'urètre et guéri par un procédé opératoire particulier.

M. D..., 58 ans, rétrécissement blennorrhagique. Impossibilité d'uriner. Cathétérisme impraticable. Urétrotomie externe sur un conducteur introduit par la verge aussi loin que possible. Impossibilité de trouver le bout postérieur après des recherches répétées. Ponction sus-pubienne et fixation d'une canule; quinze jours après, cathétérisme par la fistule hypogastrique et passage d'une sonde dans l'urètre. Guérison complète.

OBSERVATION III

ICARD, Thèse Paris, 1858.

Luc C..., 48 ans, rétrécissement blennorrhagique, rétention d'urine, entre dans le service de M. Barrier, à l'Hôtel-Dieu, le 8 janvier 1856.

Cathétérisme impossible, urétrotomie externe. On ne peut trouver le bout postérieur. Ponction hypogastrique; quinze jours après, cathétérisme sus-pubien. On place une sonde dans le canal. Le malade fut pris d'infection purulente et mourut le vingtième jour.

OBSERVATION IV

CALLENDER, *Saint-Bartholomew's reports*, vol. II.

Rétrécissement blennorrhagique. — Fistule hypogastrique à la suite de ponction. — Cathétérisme rétrograde. — Section entre deux sondes (1867).

OBSERVATION V

RIBELL, *Revue méd. de Toulouse*, fév. 1870.

Rétrécissement blennorrhagique infranchissable; ponction hypogastrique, cathétérisme d'arrière en avant; urétrotomie externe entre les deux sondes.

OBSERVATION VI

RIBELL, *Loc. cit.*

Rétrécissement blennorrhagique infranchissable; ponction hypogastrique, cathétérisme vésico-urétral et urétro-vésical. — Incision périnéale entre les deux sondes.

OBSERVATION VII

Recueillie dans la thèse de M. le docteur Lamarque. (Thèse de Bordeaux, 1889.)

Rétrécissement infranchissable de l'urètre. — Urétrotomie externe sans conducteur. — Cathétérisme rétrograde.

A..., Justin, trente-trois ans, sabotier, entre le 11 octobre 1888, salle 18, lit 25.

Antécédents : Bonne constitution. N'a jamais été sérieusement malade. Blennorrhagie d'intensité moyenne, il y a trois ans, ayant duré un mois environ.

Il y a six mois, s'aperçut qu'il urinait mal, l'urine tombait sur ses bottines, jet bifide. Il y a cinq mois, un médecin lui conseille les bains de boue à Dax. Là, on essaya de pousser une sonde métallique n° 15 (au dire du malade), qui pénètre dans la vessie. A partir de ce moment, il put uriner assez bien. Mais, ayant cessé tout traitement, il vit son jet d'urine diminuer peu à peu et en vint au mois d'octobre à ne plus pouvoir émettre à chaque miction qu'un mince filet d'urine au prix des plus violents efforts. D'où son entrée le 11 octobre.

Du 11 au 20, tentatives de cathétérisme avec des bougies filiformes, deux fois par jour pendant une demi-heure, sans résultat. Au niveau de la portion membraneuse, on avait la sensation d'une stricture. On sentait d'abord un premier rétrécissement franchissable, puis on venait butter contre une portion dure et résistante dans laquelle la bougie ne s'engageait pas. Ces essais déterminèrent, à plusieurs reprises, un peu de fièvre, qui céda vite à l'administration de la quinine. Tous les moyens usités sont employés sans résultat. Bougies cylindro-coniques ordinaires, bougies en baleine coudées, recourbées en vrille et en baïonnette et fixées avec du collodion. Le cathétérisme fut même essayé dans le bain, pendant la

miction, sans résultat. On décide de faire l'urétrotomie externe sans conducteur.

Urétrotomie le 26 novembre. Purgation la veille. Le matin, sulfate de quinine, 80 centigrammes. Sonde métallique n° 16, introduite dans l'urètre jusqu'au niveau du rétrécissement. Incision des diverses couches du périnée. Arrivé sur l'urètre, on l'incise. La sonde sort du canal et le bout postérieur du canal ne peut être retrouvé.

Hémorragie assez abondante en nappe au niveau du bulbe. Cinq pinces hémostatiques à demeure. Quelques artères liées. On met seulement, au niveau de la plaie, une compresse de gaze phéniquée et un peu de ouate salicylée.

Le soir, T. 37°3. Le malade se plaint beaucoup. Pas d'hémorragie sérieuse. L'urine sort encore par le méat.

Le 27 novembre. On change le pansement deux fois. Soir, T. 38°8. On enlève les pinces, mais une hémorragie les fait remettre.

Le 29. Les pinces sont enlevées. Le malade va mieux. La plaie périnéale va bien.

Etat général bon. Soir, T. 37°8.

Le 3 décembre. Le soir, sans raison, 39°2. Cède au sulfate de quinine. Le malade qui d'abord urinait par le méat, urine également par la plaie périnéale.

Le 5. Nouvel accès de fièvre; soir, 39°.

Grâce à 60 centigrammes de sulfate de quinine, tout rentre dans l'ordre jusqu'au 19 décembre.

Quoique l'état général soit assez bon, le malade a beaucoup maigri; on décide le cathétérisme rétrograde.

Cathétérisme rétrograde le 19 décembre. Purgatif la veille. Sulfate de quinine, 80 centigrammes le matin.

Chloroforme. Lavage du champ opératoire. Ballon de Petersen dans le rectum. Incision verticale sur la ligne médiane. Les pyramidaux sont écartés. Vessie très profondément située et incisée par un coup de bistouri; avec le doigt on sent très facilement le col. Une sonde métallique est introduite. On en sent très bien le bec en arrière de la plaie périnéale cicatrisée. La plaie est débridée et le bout de la sonde apparaît. On retire le ballon de Petersen et on passe par le méat urinaire une sonde molle;

l'extrémité d'un tube est attachée à celle de la sonde métallique qui vient du col vésical, et l'autre extrémité à la sonde molle qui vient du méat. Ce caoutchouc correspond au n° 25 (filière Charrière); une extrémité du tube passe par la plaie hypogastrique, l'autre par la verge; les deux bouts sont liés par un fil et plongés dans un urinal en verre. Au niveau de la vessie, on fait sur le tube en caoutchouc six trous au thermocautère (procédé de Defontaine, du Creuzot). La vessie n'est pas suturée. Petit drain dans la plaie hypogastrique en avant de la vessie. Une suture profonde au fil d'argent. Sutures superficielles au crin de Florence. La plaie périnéale n'est pas suturée.

Le soir, le malade est un peu affaissé. Urine colorée par le sang. Souffre un peu de la plaie hypogastrique. L'urine coule par les deux bouts du tube.

Le 20. Malade agité. Urine moins rouge, 1,740 grammes. Pas de tension ni de rougeur de la plaie hypogastrique. Les tubes fonctionnent bien, il n'est pas coulé d'urine par la plaie abdominale. Le pansement est souillé d'un peu de sang noir. Le 20 au soir, urines claires s'écoulent surtout par le bout urétral. Deux frissons.

Le 21. Amélioration. Moins de douleurs; 1,050 grammes d'urine, contenant un peu de pus. La plaie périnéale va bien. Bouillon.

Le 22. Etat général bon; 1,140 grammes d'urine encore un peu rouge et purulente.

Le 23. Etat général bon.

Le 25. Tube urétral bouché. L'urine coule par le tube abdominal, la plaie abdominale et le drain situé en avant de la vessie. Par le tube, il s'écoule 310 grammes seulement d'urine; le reste est dans le pansement.

Le 26. Le pansement est encore mouillé. On enlève les points de suture superficiels et la suture profonde. On fait huit trous au thermocautère au bout de la sonde. Elle est fixée par un fil à la paroi abdominale. On tire par le bout urétral jusqu'à ce que l'extrémité, qui sortait par la plaie hypogastrique, soit dans la vessie. On résèque la portion bouchée du tube. A partir de ce moment, injection d'eau boriquée tiède par le bout urétral deux fois par jour.

Le 27. Urine bien; 1,150 grammes d'urine un peu purulente.

Le 28. Etat général bon. Urine encore un peu purulente par la plaie

hypogastrique, diminuée de moitié. Plaie périnéale rosée, suppurant peu. Toujours un peu de fièvre le soir, 39°8.

Le 29. Etat général bon. Suppure peu.

Rien à noter les jours suivants. La guérison se fait complètement.

OBSERVATION VIII

Observation inédite due à l'obligeance du docteur PRINCETEAU.

Rétrécissement infranchissable de l'urètre. — Cathétérisme rétrograde. — Mort.

Joseph Lebrun, 36 ans, employé de commerce, entre à l'hôpital le 17 février pour un rétrécissement infranchissable de l'urètre.

Il a eu une enfance très maladive. Anginés fréquentes. A 17 ans, il eut une blennorrhagie qui dura un an. A la suite, apparut le rétrécissement, le jet d'urine se déforma peu à peu, le malade urinait en tire-bouchon ; notons que la blennorrhagie existait en même temps que se formait le rétrécissement. Au bout d'une année, le malade eut une rétention d'urine complète qui dura trois jours. On ne le sonda pas; mais, sous l'influence d'une potion, le malade nous dit avoir pu uriner goutte à goutte, puis par un jet très mince. Quelques mois après, le malade vint se fairer traiter à Bordeaux.

On le sonda avec la bougie n° 7, et progressivement on arriva au n° 20 ; après quinze jours de traitement, il urinait facilement.

Un an après, nouvelle blennorrhagie et en même temps syphilis, dont les accidents, roséole, plaques muqueuses, disparurent par le traitement; cette nouvelle blennorrhagie dura de 19 à 21 ans. A cette époque, il est réformé au service militaire.

Le rétrécissement revint au point où il était lors du premier traitement, c'est-à-dire que le jet d'urine était filiforme.

A 22 ans, toute trace d'inflammation de l'urètre disparaissait, et le malade ne se préoccupa plus de son rétrécissement. A la suite d'un excès, il y a huit ans, hématurie qui dura trois jours ; la quantité de sang était considérable. Depuis, l'incontinence d'urine s'est produite et le malade est obligé de porter avec lui un urinal à demeure. Cet état s'est prolongé jusqu'à ce jour ; c'est durant cette période que le malade éprouva des douleurs rénales très intenses, s'irradiant sur les parties latérales du thorax et dans les cuisses : ces douleurs arrivaient brusquement et disparaissaient graduellement par le repos.

A côté de ces douleurs rénales, et en même temps, s'en produisaient d'autres très vives du côté de l'estomac. Le malade vomissait des glaires. Rarement les vomissements étaient alimentaires. Sous l'influence du régime lacté, cette maladie avait disparu jusqu'à l'entrée du malade à l'hôpital, époque où elle a réapparu. Les douleurs rénales n'ont jamais abandonné le malade.

Les urines du malade ont toujours été troubles.

A l'heure actuelle, elles ont parfois la consistance du blanc d'œuf. L'état général est loin d'être satisfaisant.

Le malade, qui s'est mis de lui-même au régime lacté, ne pouvant manger de viande, n'a pas trop maigri depuis son entrée à l'hôpital.

Le soir se manifeste un peu de fièvre. L'appétit est faible.

Les douleurs rénales signalées dans l'histoire du malade sont aujourd'hui devenues plus fortes.

Le malade, toujours en possession de sa rétention d'urine, urine involontairement goutte à goutte, c'est-à-dire par regorgement. Malgré cet écoulement involontaire, il a souvent un ténesme vésical des plus pénibles, mais qui n'amène pas une émission plus considérable d'urine. Les efforts qu'il est obligé de faire sont excessivement douloureux pour le malade, qui ne peut plus supporter une telle situation.

Depuis son entrée à l'hôpital, on a tenté de franchir le rétrécissement avec les bougies les plus fines, sans pouvoir jamais y parvenir. — Chaque tentative a été suivie, chez le malade, d'une fièvre assez forte.

L'exploration du canal a été faite après avoir insensibilisé la muqueuse

avec du chlorydrate de cocaïne.—Le rétrécissement se trouve dans la portion membraneuse de l'urètre, à 0,12 centimètres du méat urinaire.

Le toucher rectal démontre l'existence d'une prostate très volumineuse offrant une sensation presque pâteuse en certains points. Cette manœuvre provoque une douleur très marquée. Sur les instances du malade, qui demande avec impatience d'être débarrassé de son mal, l'opération est décidée, bien que ce ne soit pas là un cas particulièrement favorable. Nous espérons cependant que l'intervention chirurgicale, que le malade s'est décidé à réclamer trop tard, arrêtera peut-être dans sa marche les phénomènes inflammatoires qui se sont déjà manifestement installés du côté de la prostate et vraisemblablement aussi du côté des reins.

Le 4 avril, le malade est chloroformé, et pendant qu'il est sous l'influence de l'anesthésie, nous essayons encore de franchir le rétrécissement avec les différentes bougies employées à cet effet. Nos tentatives sont vaines. C'est alors que nous nous décidons à pratiquer le cathétérisme rétrograde d'emblée. Le pubis est soigneusement rasé et désinfecté, ainsi que toute la sphère des organes génitaux externes; nous introduisons le ballon de Petersen, qui refoule en avant le globe vésical modérément distendu par l'urine (nous avions conseillé au malade de retenir son urine autant que possible); puis nous pratiquons la cystotomie sus-pubienne par le procédé classique. Après l'incision de la paroi abdominale et le refoulement du tissu cellulaire prévésical, la paroi de la vessie devient très manifeste. Nous la reconnaissons à sa couleur et à la sensation de fluctuation qu'elle nous fournit. Nous plongeons directement la lame d'un bistouri or linaire à travers cette paroi, qui est notablement épaissie, et par l'ouverture ainsi faite il s'écoule subitement un flot d'urine qui est recueillie rapidement avec des éponges préparées à l'avance et destinées à éviter l'épanchement de ce liquide dans le tissu cellulaire sous-péritonéal.

Mais pendant que l'urine s'écoulait par la plaie que nous venions de faire, l'index gauche, introduit à travers la boutonnière ainsi faite, s'enfonçait dans la cavité vésicale, glissant le long de la face postérieure du pubis, et allait ainsi à la recherche de l'orifice du col de la vessie, qui s'offrait pour ainsi dire avec la plus grande facilité à l'extrémité du doigt. Une sonde métallique à grande courbure est introduite par cette voie et sans difficulté dans le canal de l'urètre. Cette sonde, arrêtée au niveau du rétré-

cissement qui vient coiffer son extrémité, est confiée aux mains d'un aide qui la maintiendra immobile. Une deuxième sonde, semblable à la première, est introduite par l'urètre antérieur, de façon à ce que les deux extrémités libres des sondes puissent se rejoindre. Les deux sondes ainsi maintenues en place, nous pratiquons, à un centimètre au-devant de l'anus, une incision prérectale curviligne et nous mettons facilement à découvert le point de l'urètre coarcté. Le rétrécissement a une étendue de 0,01 centimètre environ; ce qui fait que les deux bouts des sondes sont écartés d'autant.

Nous sommes obligés de faire une véritable résection de la portion malade du canal de l'urètre, et puis nous introduisons un long tube de caoutchouc de la grosseur d'une sonde n° 18 dans le bout antérieur du canal. L'extrémité de ce tube vient ressortir par la plaie périnéale; il nous est facile de le fixer, à l'aide d'un fil, à l'extrémité libre de la sonde enfoncée dans l'urètre postérieur. Cette sonde, retirée avec précaution, ramène le bout du tube en caoutchouc au niveau de la plaie de l'hypogastre. Nous faisons à sa partie moyenne quatre ouvertures à l'aide du thermocautère (procédé Defontaine), puis le tube est attiré par l'hypogastre de façon à mettre cette partie moyenne, ainsi perforée, en rapport avec la cavité vésicale. Après nous être assuré qu'il fonctionne bien, nous faisons la suture de la plaie périnéale et celle de la plaie sus-pubienne, de façon à assujettir en même temps le tube vecteur des urines. Les deux extrémités libres de ce tube sont ramenées entre les cuisses et placées dans un urinal en verre destiné à recueillir les urines, qui devront être mesurées et pesées toutes les vingt-quatre heures. L'urinal lui-même devra être lavé chaque fois, de façon à éviter la fermentation ammoniacale de l'urine.

Les plaies périnéale et hypogastrique sont pansées à la gaze iodoformée et recouvertes de ouate salicylée, le tout maintenu par un bandage approprié.

4 avril soir. T. 39°. Le malade est affaibli et a vomi. Les urines sont sanglantes. Il en a peu rendu.

5 avril. T. matin 39°2. T. soir 39°6. Le tube fonctionne bien. La quantité d'urine excrétée est normale. Le malade est très énervé.

6 avril. T. matin 39°4. T. soir 38°4. Les urines sont normales comme quantité et qualité.

7 avril. T. matin 39°6. T. soir 37°6. Urines normales, la journée est meilleure que les précédentes.

8 avril. T. matin 37°8. T. soir 37°8. Le malade se trouve bien.

9 avril. T. matin 38°. T. soir 38°6. Même état que la veille.

10 avril. T. matin 37°2. T. soir 38°8. Le malade est pris d'orchite du côté gauche. Cataplasme, etc.

11 avril. T. matin 36°8. T. soir 37°4. L'orchite se calme et les urines sont toujours normales.

12 avril. T. matin 37°4. T. soir 37°8.

13 avril. T. matin 38°. T. soir 38°6. Le malade qui, jusqu'ici, ne s'était pas plaint des reins, recommence à en souffrir.

14 avril. T. matin 37°8. T. soir 37°6.

15 avril. T. matin 37°8. T. soir 38°4.

16 avril. T. matin 36°6. T. soir 37°8. Le malade se trouve moins bien que les jours précédents. La quantité d'urine sécrétée en vingt-quatre heures a diminué d'une façon notable et la plaie hypogastrique, dont les points de suture avaient été enlevés le 12 avril, s'est désunie de telle sorte que l'urine sort librement autour du tube en caoutchouc. Il commence à y avoir du pus dans les urines.

17 avril. T. matin 37°2. T. soir 38. Même état que la veille. Le tube hypogastrique est attiré au ras de l'abdomen, un fil est fixé à son extrémité saillante, puis cette extrémité est attirée dans la vessie, de façon à ne permettre à l'urine de suivre que la voie urétrale. La quantité de l'urine diminue, sa purulence augmente.

18 avril. T. matin 37°8. T. soir 37°2. L'état général est mauvais, la langue se dessèche; urines rares.

19 avril. T. matin 37°. T. soir 36°4. Le malade est pris dans la soirée d'un violent accès de délire et perd connaissance pendant une heure environ.

20 avril. Le malade est pris, au moment de la visite, d'un violent frisson avec sensation de froid très marquée. Sa respiration se ralentit. Il tombe dans le coma et meurt quelques instants après.

Autopsie. — Les pièces présentées par nous à la Société d'Anatomie de Bordeaux, séance du 22 avril, montrent que cet homme a succombé à l'urémie causée par une multitude d'abcès criblant le parenchyme rénal. La vessie ne présentait rien de particulier, mais la prostate offrait deux poches distinctes de la grosseur d'une noix, remplies de pus. Les vésicules

séminales ainsi que les uretères présentaient çà et là à leur surface des bosselures de la grosseur d'un noyau de cerise, qui n'étaient autre chose que de petites collections purulentes. La plaie périnéale était presque fermée et le canal de l'urètre à peu près reconstitué. Quant à la plaie vésicale, en partie oblitérée, elle se trouvait située à 2 centimètres au-dessus de l'orifice du col.

Observations relatives aux lésions traumatiques anciennes et récentes.

OBSERVATION I

Gordon Buck, 1844. (*New-York Journ. of med.*, septembre, 1844.)

Enfant de 14 ans. — Rétrécissement traumatique. — Ponction sus-pubienne. — Cathétérisme rétrograde et urétrotomie externe. — Guérison.

OBSERVATION II

(RÉSUMÉE)

Voillemier, *Traité des maladies des voies urinaires*, t. I, p. 331.

Baulu..., Médéric, âgé de 20 ans. — Chute sur l'angle d'une pierre de taille.— Contusion du périnée, déchirure du canal de l'urètre avec impossibilité d'uriner. Impossibilité d'introduire une sonde dans la vessie.— Ponction hypogastrique.

Le malade n'urinait que par la sonde placée à l'hypogastre. On introduisit par l'ouverture fistuleuse de l'hypogastre une sonde d'argent, dont

l'extrémité fut engagée dans le col de la vessie. L'instrument fut alors confié à un aide. — Dans la direction du raphé, incision allant jusqu'à 3 centimètres de l'anus. L'extrémité de la sonde fut rencontrée et fit saillie dans la plaie. — Un fil passé dans ses yeux fut attaché à l'extrémité d'une sonde en gomme qui avait été introduite dans la portion pénienne. Il fut très facile de conduire celle-ci dans la vessie en retirant la sonde d'argent. La cicatrisation fut abandonnée à elle-même. Au moment de sa sortie de l'hôpital, on passait très facilement le n° 42 de la filière de Beniqué.

Le malade, revu quatre ans après, disait qu'il urinait avec moins d'énergie qu'avant son accident.

OBSERVATION III

(RÉSUMÉE)

SÉDILLOT, *Contribution à la chirurgie*, t. II, p. 283.

Rupture du canal de l'urètre; cicatrisation isolée des deux bouts.— Urétrotomie périnéale; sonde d'argent conductrice introduite par la canule du trois-quarts dans le col de la vessie, et poussée jusqu'au niveau de la plaie périnéale; rétablissement de la contractilité de l'urètre et guérison; rétrécissement cicatriciel consécutif. — Urétrotomie interne.

V..., âgé de 58 ans. Chute et contusion du périnée. Au moment de l'accident, quelques gouttes de sang sortirent par l'urètre. Impossibilité d'uriner. Après de vaines tentatives de cathétérisme, ponction de la vessie au-dessus du pubis. L'urine coula sans provoquer d'accidents par la canule sus-pubienne fixée à demeure. Depuis l'accident, pas une goutte d'urine ne passa par l'urètre. Guérison rapide des complications du côté du périnée.

L'exploration du malade fournit les renseignements suivants : Toutes les sondes s'arrêtent à 0,15 cent. Obstruction complète du canal de l'urètre, due très certainement à sa rupture et à la cicatrisation isolée des deux bouts.

Au périnée, à 0,03 en avant de l'anus, on trouve deux cicatrices linéaires dures, déprimées légèrement et adhérentes aux parties profondes.

La canule sus-pubienne est très facilement supportée par le malade. Il la ferme avec un petit bouchon et l'ouvre quand il éprouve le besoin d'uriner. Pas d'accidents du côté de la vessie; l'urine est limpide et en quantité normale. L'état général est bon.

Le malade demandant à être débarrassé par une opération de la triste infirmité dont il est atteint, on lui fait l'urétrotomie périnéale.

Une sonde est introduite dans le canal de l'urètre jusqu'au rétrécissement. Incision de six centimètres sur la ligne médiane jusqu'à un centimètre de l'anus. Arrivé au niveau du bulbe, on le trouve gorgé de sang veineux, formant une saillie arrondie comme une amande.

Il est facile de sentir alors le bec de la sonde, arrêté à la partie postérieure du bulbe. L'incision du canal est pratiquée sur son extrémité... On incise lentement et à petits coups le tissu fibreux dans la direction présumée du bout postérieur du canal. Rien n'indique sa présence.

Il ne s'écoule pas par la plaie une goutte d'urine. Une sonde d'argent de 3 à 4 millimètres de diamètre est introduite dans la vessie au-dessus du pubis, au travers de la canule du trois-quarts. Après quelques tâtonnements, cette sonde s'engage dans le col et l'on voit son bec apparaître au fond de la plaie périnéale.

Si la sonde n'avait pu être introduite dans le bout postérieur du canal de l'urètre, il aurait fallu ouvrir la vessie au-dessus du pubis, en suivant le trajet de la canule du trois-quarts, et engager directement une sonde dans le col vésical pour révéler le point oblitéré du bout postérieur de l'urètre, et l'inciser sur la saillie de la sonde, comme on faisait pour le bout extérieur.

Une sonde élastique creuse, plus grosse que celle d'argent, fut coupée au-dessus des yeux; elle emboîta l'extrémité de cette dernière et la suivit dans la vessie. Il fallait la remplacer par une sonde à demeure.

Deux petits stylets d'argent remplacèrent la sonde coupée; puis une

grosse sonde de 5 à 6 millimètres traversa la partie antérieure du canal, depuis le gland jusqu'à la plaie, et là, son bec, suivant les deux stylets disposés en gouttière, pénétra dans le bout postérieur de l'urètre et arriva dans la vessie. On la fixa au gland par un bandage approprié, et l'on enleva la canule sus-pubienne.

Les suites de l'opération furent très favorables, le malade conserva des sondes à demeure pendant trois mois. Au bout de ce temps, il se forma un rétrécissement qu'on sectionna avec l'urétrotome; le malade sortit de l'hôpital ayant un jet volumineux.

OBSERVATION IV

GRILLOT, Th. Paris, 1867.

(*Service de Gosselin*). — *Rétrécissement traumatique infranchissable de la portion membraneuse de l'urètre, avec sonde à demeure, dans une fistule hypogastrique, laissée après une ponction vésicale; urétrotomie externe sans conducteur. — Guérison.*

OBSERVATION V

KOVACS. (*Pest. med. chir. Press.*, 1878, p. 8.)

Rétrécissement infranchissable. — Ponction de la vessie. — Cathétérisme d'arrière en avant et d'avant en arrière. — Incision de la coarctation entre les deux sondes. — Guérison complète.

OBSERVATION VI

VOLKMANN. (*Deutsch. medicin. Wochen.*, 1875, nº 29.)

Enfant de 7 ans, déchirure complète de l'urètre et du segment inférieur de la vessie. — Infiltration urineuse ; abcès. — Ponctions hypogastriques de la vessie ; cathétérisme vésico-urétral ; incision du rétrécissement entre les extrémités des deux sondes ; pansement ouvert de la plaie. — Guérison.

OBSERVATION VII

VOLKMANN. (*Deutsch. medicin. Wochen.*, 1875, nº 29.)

H..., 51 ans, rétrécissement traumatique. Ponction hypogastrique. Cathétérisme vésico-urétral et urétro-vésical. Incision périnéale du rétrécissement entre les deux sondes.

OBSERVATION VIII

(RÉSUMÉE)

L. POISSON. (*Rev. chir.*, 1881, p. 917.)

Rupture de l'urètre. — Urétrotomie externe avec cathétérisme rétrograde. — Guérison.

Morv..., 49 ans. Chute à califourchon sur une pièce de bois. Rupture de l'urètre, hématurie ; essais répétés et infructueux de cathétérisme. Ponction hypogastrique et placement d'une canule. L'urétrotomie externe

sans conducteur, puis le cathétérisme rétrograde par la fistule sus-pubienne sont d'abord tentés sans aucun succès. Enfin, deux mois après l'accident, Poisson pratique le cathétérisme rétrograde par la fistule hypogastrique et place une sonde à demeure. Au bout de quinze jours, on enlève la sonde et on passe des Beniqué n° 40. Guérison complète.

OBSERVATION IX

(RÉSUMÉE)

DUPLAY, *Archives générales de médecine*, 1883.

Rétrécissement traumatique ancien. — Urétrotomie externe sans conducteur. — Impossibilité de retrouver le bout postérieur du canal. — Nouvelle urétrotomie externe combinée avec le cathétérisme rétrograde après ouverture de la vessie au-dessus du pubis. — Guérison.

L..., âgé de 38 ans, cordonnier, entré à l'hôpital le 25 avril 1882 (service de M. Duplay). A l'âge de 20 ans, a eu une légère blennorrhagie qui a disparu spontanément au bout de quinze jours et n'a laissé aucune trace de son existence. Les fonctions urinaires s'exerçaient d'une manière tout à fait normale.

Il y a trois ans, le malade éprouva, dans une chute, une violente contusion du périnée. La douleur fut assez vive sur le moment, mais ne l'empêcha pas de continuer son travail.

Ce n'est que trois ou quatre jours après que la région périnéale, violacée auparavant du fait de la contusion, se tuméfia considérablement; il survint des frissons, de la fièvre, en un mot, tous les symptômes d'un abcès urineux.

A l'hôpital, on pratique une large boutonnière périnéale ; le malade alla

de mieux en mieux et quitta l'hôpital après y avoir séjourné vingt-quatre jours, sans qu'on eût rien fait pour prévenir le développement probable d'un rétrécissement.

A peine sorti de l'hôpital, le malade remarqua qu'il urinait moins facilement. Formation de fistules dans le pli inguino-scrotal, lesquelles donnaient passage à une petite quantité d'urine ; la plus grande partie continuait à s'écouler par la verge.

Le malade se maintint dans cet état pendant environ deux ans. C'est seulement depuis six mois que les choses se sont singulièrement aggravées, l'urine s'écoulant de moins en moins par la verge et de plus en plus par les fistules.

L'état général est assez mauvais. La vessie se vide incomplètement ; le malade urine par regorgement et d'une façon presque constante. La plus grande partie du liquide s'écoule par les fistules.

L'exploration du canal révèle l'existence d'un rétrécissement cicatriciel qu'il est impossible de franchir avec les bougies les plus fines. L'exploration des divers trajets fistuleux ne donne pas de meilleur résultat.

Le 11 mai, on pratique l'urétrotomie externe sans conducteur. Il fut impossible de retrouver le bout postérieur de l'urètre, et le malade fut abandonné en cet état.

Sept mois après la première opération, le 9 novembre 1882, M. Duplay se décida à pratiquer l'opération suivante :

Incision périnéale, l'urètre antérieur est ouvert sur une sonde préalablement introduite par le méat. Ne pouvant pas trouver le bout postérieur, il pratique immédiatement au-dessus du pubis avec le thermocautère une incision transversale de cinq centimètres. Quand les différentes couches ont été sectionnées, il éprouve une certaine difficulté à saisir la vessie, qui n'avait pu être préalablement distendue. La vessie est accrochée avec un crochet aigu, est amenée entre les lèvres de l'incision et ponctionnée pour permettre d'y introduire une sonde d'argent ordinaire. Dirigeant alors le bec de l'instrument vers le col vésical, on l'engage sans difficulté dans l'orifice urétro-vésical jusqu'à ce qu'il vient faire saillie dans la plaie périnéale.

Le reste de l'opération fut des plus simples : sur le bec de la sonde, saillant dans la plaie, on ouvre l'urètre postérieur et l'extrémité du

cathéter apparaît à nu ; d'autre part, une sonde en gomme de moyen calibre, ayant été introduite par le méat, est poussée jusqu'à ce qu'elle se dégage au niveau de la plaie.

On passe par l'œil de cette sonde un fort fil ciré attaché par son autre extrémité au bec de la sonde introduite par la vessie. En retirant celle-ci par la plaie abdominale, le fil est entraîné à l'extérieur, et il suffit de tirer sur lui pour engager dans le bout postérieur de l'urètre la sonde en gomme introduite par le méat et la faire pénétrer dans la vessie.

Les suites de l'opération ne présentèrent rien de particulier à noter. Au bout de huit jours, la sonde fut remplacée, en utilisant de la façon précédemment indiquée le fil qui avait été conservé.

La sonde à demeure fut maintenue jusqu'à la fin du mois de janvier 1883.

A partir de ce moment, la fistule se rétrécit de plus en plus. Le jet par le méat est volumineux et projeté avec force. Depuis l'ablation de la sonde à demeure, on a entretenu le calibre de l'urètre en passant tous les deux ou trois jours des sondes Beniqué dont le numéro 45 pénètre sans la moindre difficulté.

L'état général du malade s'est considérablement amélioré ; toutes les fonctions s'exercent régulièrement ; les forces sont revenues, et le malade, qui n'avait pas quitté son lit depuis de longs mois, reste debout et se promène toute la journée.

OBSERVATION X

Beaucard, Th. de Nancy, 1885. — Observation du docteur Rohmer. (Résumée.)

B..., 25 ans, carrier, est pris entre un mur et un moellon, et serré transversalement, la jambe gauche étant portée en avant. Le soir, impossibilité d'uriner ; le cathétérisme amène une urine fortement chargée de sang. Formation d'une fistule urinaire dans le creux génito-crural gauche.

Trois mois après, impossibilité de passer une bougie dans l'urètre. Urétrotomie externe ; impossible de trouver le bout postérieur. On fait le cathétérisme rétrograde.

Une incision de 7 centimètres est faite sur la ligne médiane, immédiatement au-dessus du pubis ; on arrive immédiatement sur la vessie. On place le ballon rectal et la vessie est ponctionnée. Un cathéter cannelé, introduit dans la vessie sur le doigt, est poussé dans le col de l'urètre ; le bec recouvert du bout postérieur de l'urètre fait saillie au périnée dans la plaie ; ne trouvant pas encore d'orifice, on incise la paroi urétrale sur l'extrémité du cathéter qui arrive alors dans la plaie. On place aussitôt une sonde en gomme n° 18 dans le canal et dans le bout supérieur en suivant le cathéter, que l'on retire.

Deux sondes de Nélaton sont placées dans la vessie pour faire l'office de drains siphon, elles sont maintenues par deux fils métalliques passés dans les bords de la plaie. Pas de suture.

Au bout de quatre mois, on enlève la sonde à demeure et on commence le cathétérisme avec une sonde à béquille de petit calibre.

Au neuvième mois, on passe des Béniqué, et au bout de dix mois, l'état du malade est bon, bien qu'il persiste une petite fistule périnéale. Le canal admet un cathéter Béniqué n° 47.

OBSERVATION XI

(RÉSUMÉE)

Observation recueillie dans le service de M. Tillaux, à l'Hôtel-Dieu, par M. Monprofit, interne du service, et communiquée par M. Tillaux, à la Société de Chirurgie, le 25 février 1888.

Rupture traumatique de l'urètre. — Rétrécissement cicatriciel infranchissable. — Urétrotomie externe. — Taille hypogastrique. — Cathétérisme rétrograde. — Guérison.

Hyacinthe M..., 34 ans, menuisier, est tombé le 6 mai 1886 à califourchon sur un tréteau étroit. Immédiatement, urétrorrhagie abondante, rétention d'urine, gonflement périnéal. Le cathétérisme est impossible. Deux

jours après, un médecin fait une incision au périnée, à environ 2 centimètres de la ligne médiane, incision qui donne issue à une grande quantité de sang et d'urine. Pendant les jours qui suivent, le malade est soulagé, les urines s'écoulent en totalité par le périnée.

Au bout de douze jours, on réussit à placer dans l'urètre une sonde de Nélaton. Pendant environ deux semaines, l'écoulement de l'urine se fait en totalité par cette sonde; mais, au bout de ce temps, elle est un jour expulsée du canal, et il devient impossible de l'introduire de nouveau. A partir de ce moment, les mictions deviennent de plus en plus difficiles, les fistules péritonéales donnent de nouveau passage à l'urine, la santé générale ne tarde pas à être altérée.

M. Tillaux et son interne, M. Monprofit, essaient à plusieurs reprises le cathétérisme, qui est reconnu impossible.

Le malade était entré à l'Hôtel-Dieu le 30 avril; le 18 mai, M. Tillaux pratique l'urétrotomie externe; mais il est impossible de découvrir le bout postérieur.

Le 18 juillet, M. Tillaux se décide à pratiquer la taille sus-pubienne et le cathétérisme rétrograde, non pour remédier à une rétention, qui n'existe pas, mais pour délivrer cet homme d'une infirmité dégoûtante.

Le malade étant endormi, on place le ballon de Petersen dans le rectum et on pratique une incision sus-pubienne d'environ 6 centimètres.

Ponction de la vessie, qui est fixée au moyen d'un fil.

Introduisant un doigt dans la vessie, M. Tillaux va à la recherche du col, en faisant glisser le long de son doigt une sonde métallique à grande courbure; il la fait pénétrer facilement dans l'urètre. La sonde, relevée peu à peu, fait saillie au périnée, et on incise l'urètre postérieur sur son extrémité.

Au moyen d'un fil fixé aux yeux de la sonde, on place alors dans toute la longueur de l'urètre et dans la vessie un long tube en caoutchouc qui pénètre par le méat et sort par la plaie hypogastrique.

La vessie est lavée avec la solution boriquée; la plaie sus-pubienne est réunie partiellement, la plaie périnéale est pansée à plat.

Le tube placé dans l'urètre et la vessie, et qui présente environ un mètre cinquante de long, est disposé de telle sorte que son extrémité supérieure ou sus-pubienne plonge dans un bocal rempli de solution boriquée

tiède, et son extrémité inférieure ou urétrale dans un bassin placé près du lit. De la sorte, se trouve formé un siphon dont la vessie fait partie.

Les suites de l'opération furent des plus simples. Le 30 juillet, on retire le tube en caoutchouc par la partie supérieure et on engage dans son extrémité urétrale une sonde en gomme n° 21, qui passe avec la plus grande facilité. 8 août, on passe facilement une sonde n° 22.

Quinze jours après, le malade urine facilement et sort guéri de l'hôpital, emportant des sondes pour continuer la dilatation.

OBSERVATION XII

(INÉDITE)

Observation de M. le docteur BOURSIER, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Bordeaux.

M. le docteur Boursier, le 25 octobre 1888, salle 10, a pratiqué le cathétérisme rétrograde chez un malade atteint d'un rétrécissement traumatique de l'urètre de date ancienne.

Le malade étant chloroformé, on place le ballon de Petersen dans le rectum. Le pubis est rasé et désinfecté soigneusement.

M. Boursier fait la cystotomie sus-pubienne. Introduisant un doigt dans la vessie, il va à la recherche du col, en faisant glisser le long de son doigt une sonde métallique qui pénètre du premier coup, sans la moindre difficulté, dans l'urètre.

Le temps le plus difficile a été la recherche du bout postérieur de l'urètre et l'affrontement des deux sondes urétrale et vésicale. Elles étaient séparées par du tissu cicatriciel d'une épaisseur de plus d'un centimètre.

Le malade est sorti de l'hôpital complètement guéri peu de temps après.

Nous ne pouvons donner plus de détails sur cette observation intéressante, M. Boursier se proposant de la communiquer prochainement à la Société de Chirurgie.

OBSERVATION XIII

Observation du Docteur Vigo (Caen). *Société de Chirurgie,* 2 mai 1888.

Rupture de l'urètre. — Rétrécissement infranchissable. — Taille hypogastrique et cathétérisme rétrograde. — Guérison.

M. Vigo (de Caen) envoie l'observation d'un homme qui, à la suite d'une rupture de l'urètre, eut un rétrécissement infranchissable.

On pratiqua l'urétrotomie externe, mais on ne put trouver le bout postérieur du canal. M. Vigo pratiqua alors la taille hypogastrique, et put, sans difficulté, faire le cathétérisme rétrograde; il plaça dans l'urètre une sonde en caoutchouc rouge.

Le malade est guéri; il continue à le sonder, son canal admet une bougie n° 20.

M. Vigo n'employa pas le ballon de Petersen, la vessie était assez fortement distendue au moment de l'opération. La ponction de la vessie se fit très facilement, mais la recherche du col vésical fut assez laborieuse. Le chirurgien ne put faire pénétrer la sonde dans l'orifice profond de l'urètre qu'après avoir fortement soulevé la prostrate au moyen d'un doigt introduit dans le rectum.

OBSERVATION XIV

Observation présentée à la Société de Chirurgie, par le docteur Defontaine (du Creusot).
(*Bulletin de la Société de Chirurgie*, séance du 14 novembre 1888.)

Urétrotomie externe avec cathétérisme rétrograde.

Un enfant de 14 ans avait un rétrécissement traumatique de l'urètre absolument infranchissable; dans ces conditions, il fallut tenter l'urétrotomie externe sans conducteur. Après une longue et persévérante recherche, force fut de renoncer à trouver le bout postérieur et de prendre un autre parti. C'est ce que fit le docteur Defontaine; il se mit immédiatement en devoir de pratiquer une taille sus-pubienne pour pratiquer le cathétérisme rétrograde. Bien que la vessie ne fût pas soulevée par un ballon de Petersen, l'opération fut facile : le péritoine, soulevé par le globe vésical, put être facilement décollé avec la sonde cannelée. La vessie ouverte, il fut facile de pénétrer dans l'urètre postérieur; mais, malgré l'emploi d'un instrument rigide, le passage de la sonde dans l'urètre antérieur fut assez difficile; il fallut recourir à un débridement étendu des tissus cicatriciels pour empêcher la compression de la sonde, compression telle que l'émission de l'urine se trouvait fort gênée. Dans ces conditions, le docteur Defontaine eut recours à un long tube de caoutchouc percé de trous au niveau de sa portion vésicale, entrant par l'hypogastre et sortant par le méat urinaire.

L'incision large des tissus cicatriciels permit alors un écoulement parfait de l'urine, et le canal se reconstitua très bien autour de ce tube de caoutchouc, dont le fonctionnement s'exécutait à merveille et qui ne s'accompagna d'aucune irritation.

Comme le fait remarquer le docteur Defontaine, le procédé n'est pas nouveau; il se trouve décrit dans une lettre d'Heurteloup à l'Académie de Médecine, lettre du 14 mars 1830; depuis cette époque, M. Desprès y a eu recours en employant un tube à drainage, et en 1886 M. Demons a communiqué à l'Académie de Médecine un fait analogue, où il avait eu recours au même procédé.

OBSERVATION XV

Observation de M. le docteur Cauchois (de Rouen), résumée dans le rapport de M. Charles Monod — *Société de Chirurgie*, séance du 7 avril.

Homme de 26 ans, entré le 14 octobre 1884 à l'Hôtel-Dieu de Rouen pour des troubles de la miction et des fistules, dont l'origine remontait à un traumatisme subi quatorze mois auparavant. Cet homme, renversé par un éboulement, avait subi une rupture de l'urètre suivie d'un phlegmon au périnée, terminé de même par suppuration et fistules.

A son entrée à l'hôpital, on constate l'existence d'un rétrécissement à l'urètre que ne peuvent franchir les plus fines bougies ; l'urine s'écoule presque tout entière par les orifices fistuleux.

Le 10 décembre, première tentative d'urétrotomie externe qui n'aboutit pas; il fut impossible de découvrir le bout postérieur de l'urètre.

Le 5 février 1885, deuxième tentative semblable, mais combinée cette fois avec le cathétérisme rétrograde, pratiquée grâce à une ouverture faite à la vessie au-dessus du pubis.

L'opération comprit les trois temps suivants :

1° Incision périnéale ;

2° Taille sus-pubienne ;

3° Cathétérisme rétrograde ;

4° Mise en place de la sonde en demeure.

Les suites de cette opération furent des plus simples. La sonde à demeure fut maintenue pendant trois mois; elle ne fut dans cet espace de temps renouvelée que deux fois. Le malade, à ce moment, put être considéré comme guéri. En effet, trois semaines après l'ablation définitive de la sonde, une bougie n° 21 pénètre facilement dans la vessie ; toutes les plaies étaient cicatrisées ; la miction était facile.

On continue cependant la dilatation progressive jusqu'à introduction facile d'une bougie n° 24.

Le malade quitta alors l'hôpital, quatre mois après l'opération.

OBSERVATION XVI

Observation de M. le docteur Douart, résumée par M. Charles Monod, *loc. cit.*, p. 258.

Un jeune garçon de 8 ans, en descendant d'un arbre, tombe à cheval sur un échalas, dont l'extrémité pénètre dans le pli inguino-scrotal droit. Rétention complète d'urine. Le cathétérisme ayant été reconnu complètement impossible, on se résigne à pratiquer pendant cinq jours de suite la ponction capillaire de la vessie. Un ensemble de symptômes négatifs (absence de tumeur périnéale et de tout indice d'infiltration d'urine, absence d'écoulement du sang par le méat ou d'urine par la plaie inguinale, etc.) avaient jusque-là fait repousser l'idée d'une rupture de l'urètre, lorsque un incident mit sur la voie du diagnostic; dans ces dernières tentatives de cathétérisme à l'aide d'une bougie fine et souple, l'instrument vint sortir par la plaie inguinale.

L'hésitation n'était plus possible; M. Douart prit aussitôt le parti d'aller par une incision périnéale à la recherche de l'urètre, dont la rupture venait d'être démontrée. Mais ici encore, malgré de longues recherches, le bout postérieur ne put être retrouvé. On se décida sans plus tarder à pratiquer le cathétérisme rétrograde, après ouverture de la vessie au-dessus du pubis, comme dans une opération de taille. Par cette voie, le cathéter Béniqué est facilement introduit dans le col, et vient ressortir sans effort dans la plaie périnéale. A son extrémité, on attache une sonde en gomme passée par le méat. Le cathéter, retiré, entraîne la sonde, qui est fixée et laissée à demeure.

Elle fut enlevée le douzième jour, mais ne put être replacée, M. Douart n'ayant pas eu, sans doute, le soin de conserver un fil conducteur. L'urine, pendant quatre jours, s'écoula tout entière par la plaie abondante; puis, subitement, elle reprit son cours normal. L'enfant n'urina plus que par la verge; quelques jours plus tard, l'incision sus-pubienne

ainsi que celle faite au périnée étaient cicatrisées; la plaie inguinale se fermait presque en même temps.

A ce moment, dix-neuf jours après l'opération, vingt-quatre jours après l'accident, la guérison était en apparence complète. Mais il se produisit peu à peu un rétrécissement étroit de l'urètre, l'indocilité du petit malade ayant rendu impossible toute tentative de dilatation. M. Douart se proposait de pratiquer ultérieurement l'urétrotomie interne.

OBSERVATION XVII

PÉAN, in BOLLARD, *Contusions et plaies contuses de l'urètre* (Thèse de Paris, 1875).

Un jeune homme de 24 ans, pris sous un éboulement, a l'urètre rompu; rétention d'urine, cathétérisme impossible. Pendant quinze jours, on dut avoir recours à la ponction capillaire de la vessie, répétée deux fois par jour. Au bout de ce temps, une ouverture spontanée se fait à la partie supérieure de la cuisse, par où la vessie se vide. Le péril de la rétention n'existait plus ; il importait cependant de songer sans tarder à rétablir le cours normal des urines. A cet effet, un mois après l'accident, M. Péan, au moyen d'une incision périnéale, va à la recherche de l'urètre, mais il ne parvient pas à trouver le bout postérieur. Onze jours plus tard, deuxième tentative d'urétrotomie externe, tout aussi inefficace.

Séance tenante, M. Péan fait une taille sus-pubienne et, par cette voie rétrograde, introduit dans l'urètre postérieur un cathéter, grâce auquel il put conduire dans la vessie et laisser à demeure une sonde introduite par le méat. Deux mois après, guérison complète.

OBSERVATION XVIII

Observation de M. le docteur Pousson, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Bordeaux.

(OBSERVATION INÉDIDE)

Corps étranger de l'urètre, — Tentatives infructueuses d'extraction. — Chute du corps dans la vessie. — Infiltration d'urine. — Urétrotomie externe. — Taille hypogastrique et cathétérisme rétrograde. — Mort.

X..., âgé de 65 ans, entré à l'hôpital de Libourne le 28 mai 1889, ne peut fournir sur ses antécédents morbides aucun renseignement utilisable. Il raconte seulement que depuis quelque temps il avait l'habitude de passer dans son canal, pour remédier à des difficultés de la miction, une fine bougie composée, dit-il, d'un fil métallique recouvert d'une couche de gomme. Un beau jour, durant un de ces cathétérismes, la bougie qu'il enfonçait jusqu'à l'extrémité lui échappa et disparut de plus en plus profondément dans l'urètre du fait même des tentatives qu'il fit pour la retirer ; traction, tiraillement, malaxation de la verge, etc. A partir de ce moment la gêne de la miction augmenta et le malade ne rendit plus qu'une très minime quantité d'urine au prix de beaucoup d'efforts.

Il se fit alors conduire à l'hôpital de Libourne, où MM. Vitrac et Dutheuil lui donnèrent leurs soins. Ces deux honorables confrères, explorant d'abord l'urètre, se trouvèrent arrêtés vers la portion périnéo-bulbaire ; cependant, après diverses tentatives de cathétérisme, ils parvinrent à introduire jusque dans la vessie une bougie n° 10, mais il leur fut impossible d'y introduire une sonde suffisante pour assurer l'évacuation de l'urine. Ils se sentaient toujours arrêtés vers la région périnéo-bulbaire et il leur semblait sentir en ce point un corps dur, probablement le corps étranger

échappé aux mains du patient. Ils firent même quelques essais de préhension et d'extraction, mais sans succès. Le malade ne souffrit pas beaucoup de ces manœuvres, mais il saigna abondamment du canal.

C'est à ce moment que les médecins traitants voulurent bien me faire l'honneur de m'appeler. L'exploration du canal avec la tige à boule me montre qu'il est libre jusqu'à la portion périnéo-scrotale. Là, l'explorateur est arrêté et, en le poussant avec une légère force, il pénètre dans une cavité en faisant éprouver à la main qui le tient une résistance molle et non de liberté.

Le canal n'est pas sensible sur son trajet, nulle part je ne trouve de résistance, d'induration ; la prostate, malgré l'âge du malade, est peu développée. Soupçonnant l'existence de fausses routes et n'ayant pas la certitude que l'urètre n'était pas libre auparavant, j'essaie prudemment et à diverses reprises d'introduire successivement une sonde coudée et bicoudée, mais je ne peux y parvenir. Au cours de ces manœuvres, je sens à diverses reprises un frottement rude le long de la sonde, au niveau de la région périnéale. Croyant avoir peut-être affaire à la bougie arrêtée dans le canal, j'essaie sans résultat de la saisir avec la pince de Hunter et la pince à double articulation de Collin. Le malade, quoique ne souffrant pas beaucoup, est très fatigué par toutes ces manœuvres et je ne les prolonge pas plus longtemps. En présence de l'impossibilité à pénétrer dans la vessie, je propose d'extraire la sonde par la boutonnière périnéale, et au cas où cette voie échouerait, d'ouvrir la vessie par dessus le pubis et de pratiquer le cathétérisme rétrograde, si besoin est.

Mais comme le malade urine encore un peu par son canal et que son état général est assez satisfaisant, je crois pouvoir différer pour le moment l'intervention et je quitte le patient en priant mes confrères de vouloir bien me tenir au courant et de m'appeler sitôt qu'ils jugeront l'opération opportune.

Pendant deux jours, au dire des médecins traitants, le malade va assez bien et rend une assez grande quantité d'urine; mais le troisième jour, la rétention est complète et je reçois, trop tard pour me rendre le soir même à Libourne, une dépêche m'annonçant que le malade a un phlegmon périnéal.

A mon arrivée, le lendemain, je trouve le malade très abattu, la langue

est rôtie, le pouls assez fort, la température a 38°6, avec tous les phénomènes de la fièvre urineuse.

Le périnée est le siège d'une infiltration d'urine qui a envahi la fesse gauche et la racine de la cuisse du même côté. De suite et sans endormir le malade, je fends largement le périnée sur la ligne médiane, des bourses à l'anus. Après avoir traversé des couches de tissu noirâtre, sphacélé, d'où s'échappe une petite quantité de liquide séreux, louche, sans pus proprement dit, je découvre aisément le bout antérieur de l'urètre, grâce à l'introduction d'un cathéter par le méat, mais il m'est impossible, malgré de longues et laborieuses recherches, de trouver le bout postérieur.

Je ne rencontre pas non plus la sonde, qui a dû pénétrer complètement dans la vessie, mais je trouve un petit calcul de la grosseur d'un gros pois, que j'extrais sans pouvoir exactement préciser en quel point du périnée il était enclavé.

Mon incision périnéale ne servait ainsi qu'à remédier à l'infiltration d'urine ; mais il restait à remplir deux indications : l'évacuation de la vessie et l'extraction de la bougie. Après nous être consultés, nos confrères et moi, nous décidâmes d'y satisfaire de suite en pratiquant la taille hypogastrique et le cathétérisme rétrograde. Nous ne nous faisions, du reste, aucune illusion sur le sort de notre malade et nous n'entreprîmes cette nouvelle opération que pour lui fournir une dernière chance de salut.

Le malade était extrêmement gras ; je prévoyais quelques difficultés à trouver la vessie, que je ne sentais nullement à travers l'énorme épaisseur de la paroi abdominale. Il n'en fut rien. Le ballon de Petersen étant introduit dans le rectum et distendu par 300 grammes de liquide, je fais sur la ligne médiane une incision de 10 centimètres, empiétant un peu sur le pubis ; après avoir traversé une couche adipeuse sous-cutanée de 6 bons centimètres d'épaisseur, je découvre les muscles droits. Chemin faisant, j'ai pincé la petite artériole transverse que l'on rencontre ordinairement dans l'angle inférieur de la plaie ; c'est la seule bouche saignante que j'aie dû oblitérer. J'incise l'interstice et je reconnais la graisse jaune sous-péritonéale, que je refoule par en haut en raclant avec l'ongle la paroi de la vessie, j'imprégne la plaie béante de la solution phénique forte, puis je ponctionne le réservoir urinaire, d'où s'échappe une grande quantité d'urine inodore et assez limpide.

Je conduis sur mon doigt introduit dans la boutonnière vésicale l'embout de la seringue et je fais un abondant lavage du réservoir. J'explore ensuite la cavité du viscère avec le doigt et je rencontre de suite la bougie déjà incrustée. Je ne trouve pas de concrétions, les parois paraissent saines, le col n'est pas déformé, la prostate ne fait pas plus saillie dans le réservoir que dans le rectum. Je pratique sans difficulté le cathétérisme rétrograde avec une sonde métallique qui ressort par le périnée et sur l'extrémité de laquelle je fixe une sonde en caoutchouc, que je ramène dans la vessie. Je dispose ensuite les deux tubes accolés de Périer-Guyon, je réunis les plans musculaires de la plaie abdominale à l'aide de deux points profonds au fil d'argent et les téguments au moyen de trois points superficiels au crin : saupoudrage à l'iodoforme et pansement à la gaze chiffonnée, recouvert d'une grande plaque de la même gaze et de ouate salicylée. Je bourre la plaie périnéale de gaze iodoformée et je laisse sortir la sonde urétrale hors du pansement. Afin de finir, j'ai pratiqué au thermocautère des incisions limitatrices sur les confins de l'infiltration à la fesse.

Le malade, très affaibli, est rapporté dans son lit. Il ne se relève pas, et trente-six heures après il succombe dans le coma.

CHAPITRE III

Aperçu clinique des affections dans lesquelles le cathétérisme rétrograde est indiqué.

La rétention d'urine n'est qu'un épiphénomène dans les affections des voies urinaires, mais ce symptôme devient parfois si terrible qu'il domine la scène à l'exclusion des autres et qu'il réclame impérieusement la main du chirurgien pour parer aux graves accidents qu'elle est susceptible de faire naître.

Un malade ne peut pas uriner, il faut, avant d'intervenir et pour mieux diriger son action, savoir par les commémoratifs autant que par l'examen direct quelle est la cause de cette rétention d'urine, quel en est le siège et le degré. On sait qu'il existe des rétentions complètes et des rétentions incomplètes dont la gamme est très étendue. Or, dans ces deux formes de rétention d'urine, il n'y a guère que la première qui réclame une intervention immédiate, à moins que la seconde soit assez accentuée pour ne permettre que l'issue de quelques gouttes d'urine insuffisantes pour évacuer la vessie. Le chirurgien, connaissant les désordres graves qui

s'attachent à la non évacuation du réservoir urinaire, doit suivre la même ligne de conduite dans les deux cas.

Faire pisser un malade atteint de rétention est parfois chose très facile. Mais il est des cas dans lesquels la difficulté est extrême, et s'il est quelquefois aisé de vider la vessie d'un vieillard atteint d'hypertrophie de la prostate, il est des cas nombreux dans lesquels on ne peut y arriver, et d'autres dont on ne connaît pas le nombre pour des raisons d'amour-propre, dans lesquelles le chirurgien impatient, pressé d'en finir et peut-être maladroit, fait une fausse route en pratiquant le cathétérisme et complique une situation qui, primitivement, paraissait très simple. Le cathétérisme ordinaire ou urétro-vésical étant devenu impossible, il faut quand même vider la vessie, et c'est alors qu'on avait recours autrefois aux ponctions hypogastriques avec gros troquart permettant de laisser une canule à demeure. De nos jours, depuis l'invention des appareils aspirateurs, on pratique plus volontiers l'évacuation du réservoir urinaire à l'aide des ponctions capillaires, qui ont l'avantage d'être innocentes et de pouvoir être faites un nombre considérable de fois. Ces ponctions, faites deux ou trois fois par jour, suivant les besoins, permettent au canal de l'urètre blessé ou malade de se reposer, de se dégager du sang qui le congestionne. Les choses rentrent dans l'ordre, et il n'est pas rare de voir, après quelques jours de ce traitement purement palliatif, le cathétérisme redevenu possible, permettre l'introduction d'une sonde à demeure; on a même vu le malade pouvoir pisser spontanément sans le secours de la sonde.

Comme on a pu le voir d'après les observations qui précèdent (obs. de I à III), il est des exemples dans lesquels le chirurgien a cru devoir intervenir, pour remédier aux accidents provoqués par la rétention chez des prostatiques, en

pratiquant le cathétérisme rétrograde ou vésico-urétral. Mais, outre que le nombre de ces cas est très restreint, l'indication diminuera encore au fur et à mesure qu'on emploiera plus judicieusement les moyens ordinaires qui sont au pouvoir du chirurgien pour constater la rétention d'urine. Il va sans dire que du moment que l'obstacle siège au niveau de la prostate, une fois que cet obstacle est franchi par la sonde, soit par la voie urétrale, soit par la voie vésicale ou hypogastrique, toutes les difficultés sont surmontées et le chirurgien a fini son œuvre. Il faut en conclure que c'est dans l'hypertrophie de la prostate que le cathétérisme rétrograde a été et devait être pratiqué dans sa plus grande simplicité.

Mais l'hypertrophie prostatique n'est point guérie par ce fait, elle n'est même pas améliorée. Voilà pourquoi le cathétérisme vésico-urétral dans cette affection n'a pas une valeur supérieure à celle de la ponction hypogastrique et n'est, en résumé, qu'un traitement palliatif un peu plus compliqué et n'ayant pas la même innocuité que le précédent.

Mais si le cathétérisme rétrograde ne trouve que peu d'indications dans la rétention d'urine d'origine prostatique, il en trouve de bien plus grandes et plus nettes dans les rétentions complètes ou incomplètes qui reconnaissent pour cause un rétrécissement soit inflammatoire, soit traumatique.

Ici, en effet, indépendamment de la nécessité d'évacuer la vessie, il en est une autre qui s'impose : c'est celle de rétablir le calibre d'un canal trop rétréci pour admettre la bougie conductrice d'un urétrotome (rétrécissements inflammatoires ou cicatriciels anciens) ou bien celle de juxtaposer les deux bouts d'un canal récemment divisé par un traumatisme de façon à permettre leur réunion rapide.

Il est de toute évidence que le cathétérisme rétrograde ne se présentera pas ici avec une simplicité aussi grande que précédemment; il sera précédé ou suivi d'une incision périnéale permettant de mettre à découvert le canal malade ou blessé, comme dans l'urétrotomie externe.

Si, nous plaçant au point de vue clinique, nous nous trouvons en présence d'un homme atteint de rétention d'urine, soit à la suite d'un rétrécissement, soit à la suite d'une blessure du canal, dans les deux cas, la rétention existe; mais, dans le premier cas (rétrécissement), elle s'est installée progressivement, diminuant peu à peu le jet de l'urine jusqu'à la supprimer complètement à l'occasion d'un excès quelconque; tandis que, dans le second cas, elle survient brusquement, reconnaissant pour cause directe le traumatisme qui a divisé l'urètre et séparé plus ou moins ses deux bouts ou bien produit un épanchement sanguin qui comprime la paroi et oblitère la lumière du canal de l'urètre.

Dans ces deux cas, la conduite initiale du chirurgien est bien différente.

S'il s'agit d'un rétrécissement inflammatoire aigu, il est évident que les antiphlogistiques et les moyens ordinaires en auront promptement raison sans qu'il soit nécessaire d'avoir recours à une opération sanglante.

Mais si le chirurgien se trouve en présence d'un rétrécissement inflammatoire ou traumatique ancien très serré, comment se comportera-t-il? Il devra, avant tout, parer aux accidents de la rétention, et si l'infiltration urineuse ne s'est pas produite, il fera tout son possible pour l'éviter en pratiquant des ponctions vésicales multiples, ce qui pourra lui permettre au bout de quelque temps (un ou plusieurs jours) d'introduire soit une bougie dilatatrice, soit la bougie con-

ductrice de l'urétrotomie à l'aide de laquelle on fera l'urétrotomie interne. C'est ainsi que nous avons pu voir M. le docteur Princeteau faire dix ponctions hypogastriques chez le même sujet, et arriver enfin à passer la bougie conductrice à l'aide de laquelle l'urétrotomie interne put être faite séance tenante. Il paraîtrait puéril de vouloir démontrer ici la supériorité de l'urétrotomie interne sur les autres méthodes sanglantes à l'aide desquelles on traite les coarctations urétrales. Quant à l'électrolyse, méthode non sanglante, si nous n'en parlons pas, c'est parce que, d'après ce que nous en avons vu cette année dans le service de M. le professeur Demons, elle ne semble point avoir une réelle supériorité sur l'urétrotomie interne.

Dans le cas où l'angusture urétrale sera assez serrée pour n'admettre après des tentatives réitérées aucune des diverses bougies préconisées pour faciliter la traversée des rétrécissements les plus compliqués et dans les cas où, en même temps, le canal présentera des phénomènes d'intolérance portés à l'extrême comme dans l'observation du docteur Princeteau, on ne pourra point employer la ponction d'une façon continue. En outre, on n'a plus recours aujourd'hui à la canule hypogastrique. D'un autre côté, il ne faut point s'endormir dans une sécurité trompeuse sous prétexte que le malade, quoique n'urinant que goutte à goutte, finit par vider sa vessie. Il faut savoir, et de nombreux exemples le prouvent, que des désordres graves s'installent peu à peu en arrière du rétrécissement pour remonter de là par la vessie et les uretères jusque dans le rein. C'est pour cette raison que le chirurgien devra, sans tarder et de toute nécessité, essayer de reconstituer un canal et établir une large voie à l'écoulement de l'urine. Or, il ne pourra le faire qu'en pratiquant l'urétrotomie externe sans conducteur.

L'urétrotomie s'imposera bien plus encore lorsqu'il s'agira d'infiltrations urineuses et sanguines consécutives à une solution de continuité de l'urètre, que cette solution ait été produite par l'accumulation et la pression de l'urine en amont du rétrécissement ou bien par un traumatisme.

Dans le premier cas, il faut débrider pour éviter la gangrène à marche envahissante qui accompagne si facilement les infiltrations d'urine. Dans le second, il faut encore débrider pour évacuer le sang épanché d'abord, puis pour éviter l'infiltration d'urine avec ses conséquences fâcheuses. C'est la conduite que suivent d'ailleurs tous les chirurgiens, d'après Cros et Guyon.

Mais là ne s'arrête pas l'œuvre du chirurgien, et lorsqu'il faut achever l'opération, soit que cela se fasse séance tenante, soit qu'on attende quelques jours, on voit surgir les grosses difficultés, et il n'est peut-être pas de chirurgien ayant une longue pratique, sauf Desprès, qui n'ait renoncé une fois ou l'autre à trouver le bout postérieur d'un urètre dans le fond d'une incision périnéale. Malgré tous les procédés particuliers recommandés par les auteurs au sein de la Société de Chirurgie, à l'occasion d'une discussion sur le cathétérisme rétrograde, le bout vésical de l'urètre reste introuvable, et c'est pour tourner cette difficulté que tous les chirurgiens dont les noms sont cités dans les observations qui précèdent ont pratiqué le cathétérisme rétrograde. Ce sont les déformations et les déviations, parfois énormes, du canal de l'urètre qui rendent compte de ces difficultés. On a vu, en effet, des urètres complètement oblitérés, surtout lorsqu'il existait des trajets fistuleux à parois indurées laissant un libre cours à l'urine en arrière du rétrécissement; on a vu aussi des urètres divisés par le traumatisme dont les bouts s'étaient cicatrisés isolément en contractant des

rapports tellement anormaux que la voie périnéale était manifestement insuffisante pour les atteindre tous les deux et retrouver leur lumière.

Il est à remarquer que c'est toujours pour des lésions de la région bulbo-prostatique que le cathétérisme rétrograde a été utilisé, ce qui s'explique par ce fait qu'il est plus rare de rencontrer des lésions aussi graves dans l'urètre antérieur et que, même le cas échéant, l'urétrotomie externe seule peut suffire à tous les besoins.

Le cathétérisme rétrograde peut aussi être employé dans les cas tout particuliers de corps étranger de l'urètre tombés dans la vessie (obs. de M. Pousson). — En effet, si les manœuvres d'extraction du corps étranger ont labouré la muqueuse du canal de façon à créer des fausses routes et a rendu le cathétérisme impossible; si, par le fait de ces manœuvres, le corps étranger a été refoulé dans la vessie, il sera indiqué de faire la cystotomie sus-pubienne pour extraire le corps étranger, puis le chirurgien pourra profiter de l'incision pour établir une sonde à demeure par la voie vésicale. Mais, nous le répétons, c'est là un cas tout particulier. En résumé le cathétérisme rétrograde sera peu pratiqué pour l'hypertrophie simple de la prostate et il sera plus spécialement réservé pour les lésions inflammatoires ou traumatiques de la région bulbo-membraneuse, contre lesquelles auront déjà échoué les manœuvres de l'urétrotomie externe. Dans l'une de nos observations (obs. du docteur Princeteau), nous voyons même ce jeune chirurgien, pénétré, d'une part, de la difficulté de l'urétrotomie externe sans conducteur, et de l'autre, de l'innocuité relative de la taille sus-pubienne, faire de cette opération le premier temps du cathétérisme rétrograde, qu'il complète sans difficulté par l'incision périnéale.

CHAPITRE IV

L'opération. — Les suites.

Le manuel opératoire du cathétérisme rétrograde variera naturellement suivant les cas. Nous avons vu, en effet, que cette opération avait été pratiquée avec ou sans boutonnière périnéale; sans boutonnière périnéale lorsqu'ils'agissait d'hypertrophie de la prostate; avec boutonnière lorsqu'il s'agissait de rétrécissements infranchissables ou de lésions traumatiques récentes. Nous avons vu aussi de par les observations qui précèdent que souvent on a utilisé l'orifice d'une canule hypogastrique à demeure pour tenter d'introduire une sonde d'arrière en avant. Cette manœuvre, qui est très rationnelle, semble avoir réussi toutes les fois qu'elle a été entreprise. Cependant, M. le docteur Princeteau nous a dit avoir vu le professeur Denucé, dont il était l'interne en 1883, essayer vainement de pratiquer le cathétérisme par cette voie. Et Beaucard nous dit lui-même dans sa Thèse que dans les expériences cadavériques qu'il a entreprises à ce sujet, il lui est arrivé d'échouer quelquefois. Il ajoute cependant que la manœuvre est singulièrement facilitée par l'introduction du doigt dans le rectum. Il est

ainsi possible de diriger le bec de la sonde ou du cathéter du côté de l'orifice du col vésical. Dans tous les cas, la cystotomie sus-pubienne, surtout lorqu'elle est continuée avec le ballon de Petersen, permet d'arriver avec la plus grande facilité sur l'orifice vésical de l'urètre ; c'est, du moins, ce qui a été constaté par tous les chirurgiens qui ont employé ce procédé. Si donc nous résumons les diverses façons de pratiquer le cathétérisme vésico-urétral qui ont été mises en usage par les auteurs, nous voyons qu'il a été pratiqué :

1° En utilisant simplement l'orifice d'une ponction sus-pubienne de la vessie.

2° En continuant la manœuvre précédente avec l'incision périnéale destinée à découvrir le canal de l'urètre.

3° Le cathétérisme rétrogade a été pratiqué en combinant l'urétrotomie externe avec la cystotomie sus-pubienne. Ce n'est qu'à titre d'exception que la cystotomie a précédé l'urétrotomie.

Quoi qu'il en soit de ces manières différentes d'opérer, nous allons exposer les différents temps de l'opération en suivant l'ordre qui a été suivi dans le plus grand nombre des observations. Il sera toujours permis au chirurgien d'intervertir ce plan lorsqu'il se trouvera en présence d'un cas qui le nécessitera. Il va sans dire que, dans cet exposé opératoire, nous supposerons connues toutes les questions de forme et de rapports anatomiques de la vessie.

Préliminaires. — Si le malade, malgré les difficultés de la miction, peut encore vider sa vessie, il fera tout son possible pour retenir son urine, le périnée et l'hypogastre étant rasés, *toute* la sphère ano-génitale, les plis de l'aine, la racine des cuisses et l'hypogastre jusques et au delà de l'ombilic seront soigneusement lavés et désinfectés avec une solution antiseptique.

On administrera le chloroforme, et le ballon de Petersen ne sera introduit dans le rectum pendant le sommeil chloroformique qu'après le premier temps de l'opération. Tout en l'enfonçant au-dessus du sphincter interne, il faudra cependant éviter de le faire pénétrer trop profondément, car on l'a vu quelquefois, dépassant le sommet d'une vessie vide, venir faire saillie à l'hypogastre, exposant ainsi le chirurgien à inciser le péritoine et le ballon lui-même pris pour la vessie.

L'instrumentation sera des plus simples : un bistouri, deux écarteurs mousses et à crochets, une sonde cannelée, quelques pinces à forci-pressure et à arrêt, enfin deux sondes ou deux cathéters métalliques à grande courbure.

1er Temps. — Incision périnéale. Cette incision sera antéro-postérieure et médiane dans la plupart des cas; nous avons vu cependant (obs. de Princeteau) qu'une incision curviligne, comme dans la taille prérectale, avait permis de bien découvrir la portion d'urètre malade. Cette incision a pour but d'aller à la recherche du segment urétral atteint de coarctation ou de rupture; si l'urétrotomie externe peut être menée à bonne fin par cette voie et s'il est possible d'introduire une sonde à demeure, l'opération se trouve terminée et il n'est pas besoin d'avoir recours au deuxième temps. Mais nous savons et nous avons vu combien il était long et difficile de trouver le bout postérieur de l'urètre pour y engager une sonde. C'est quelquefois l'objet de recherches que les chirurgiens les plus patients et les plus opiniâtres ont dû abandonner. Aussi peut-on avoir recours sans crainte à ce deuxième temps de l'opération dont la description suit :

2e temps. — Incision sus-pubienne verticale et médiane partant du bord supérieur du pubis pour remonter à 4 ou 5

centimètres au-dessus. L'incision devra être réduite ici à ses dimensions les plus minimes, à la rigueur la place nécessaire pour laisser pénétrer l'index dans la vessie. On rencontrera successivement la peau, le tissu cellulo-graisseux plus ou moins abondant, suivant les cas, le ou les muscles pyramidaux quand ils existent, la ligne blanche, qui sera incisée sur la sonde cannelée, enfin les muscles droits qui seront simplement écartés. Le chirurgien se trouvera alors en présence du tissu cellulo-graisseux lâche et de couleur jaunâtre qui existe normalement dans l'espace prévésical. Après l'avoir refoulé vers la partie supérieure de l'incision, il sera possible d'apercevoir la face antérieure grisâtre de la vessie, surtout si elle est distendue par de l'urine et refoulée par le ballon rectal. Sur cette face antérieure, rampent quelquefois des veines assez volumineuses qu'il faudra récliner ou même prendre entre deux ligatures lorsqu'on voudra inciser la paroi vésicale.

La paroi antérieure de la vessie, que l'on rencontre très facilement lorsqu'elle est modérément distendue et que le ballon de Petersen la refoule en avant, semble au contraire avoir nécessité, dans quelques cas, des recherches patientes et une dissection minutieuse. C'est alors surtout qu'il faut éviter de décoller le tissu cellulaire situé entre la vessie et la face postérieure du pubis, si l'on veut éviter les épanchements urineux et purulents dans la cavité prévésicale. C'est pour éviter les difficultés que lui faisait craindre l'absence d'urine dans la vessie que Duplay a fait son incision sus-pubienne transversale en rasant la face supérieure du pubis à l'aide du thermocautère. Si donc la vessie est vide, on en fera l'ouverture avec la plus grande précaution. Si, au contraire, elle est pleine ou moins modérément distendue, la pointe du bistouri sera plongée dans sa cavité

et, au moment même où l'urine jaillira par l'ouverture ainsi faite, l'opérateur introduira l'index gauche par la plaie vésicale ainsi faite, de façon à aller à la reconnaissance du col de la vessie, chose très facile, du moins de l'avis des chirurgiens à qui nous avons emprunté les observations nouvelles publiées dans cette thèse. Il est conseillé dans les auteurs de fixer la paroi de la vessie soit à l'aide d'un fil passé à travers, soit à l'aide de pinces, de façon à éviter que la vessie rétractée la sonde ne s'engage entre sa paroi antérieure et le pubis. Mais cette manœuvre n'est pas indispensable, et si l'on a bien soin d'introduire son doigt dans la plaie faite à la vessie, il sera très facile de glisser l'extrémité d'une sonde à grande courbure dans sa cavité, sans risquer de s'égarer en dehors, et, comme nous l'avons déjà dit, il sera également très facile de la glisser avec l'index comme conducteur jusqu'à l'orifice vésical de l'urètre. Le bec de la sonde étant engagé dans le col de la vessie, il suffira d'en rabattre doucement le pavillon vers l'ombilic pour la faire pénétrer plus avant jusqu'au point rétréci. Là, elle se trouvera arrêtée, et son extrémité sera coiffée par la dilatation ampullaire que l'on trouve toujours en arrière d'un rétrécissement ancien si c'est pour un cas de ce genre que l'opération est faite; si l'urètre a été ouvert par l'incision périnéale ou par un traumatisme quelconque, le bec de la sonde viendra se montrer à nu au niveau de cette plaie périnéale.

3e temps. — Le troisième temps de l'opération, qui commence à ce moment, consiste dans la reconnaissance des deux bouts de l'urètre, que ces deux bouts aient été divisés artificiellement pour supprimer une coarctation ou bien qu'ils aient été divisés accidentellement. Il s'agit de les mettre en présence l'un de l'autre et pour ainsi dire de les

affronter de façon à ce qu'il se forme entre eux une cicatrice heureuse qui permettra plus tard la miction régulière et le cathétérisme, encore indispensable dans la suite.

Une foule de procédés ont été imaginés pour engager une sonde ou bien un long tube en caoutchouc dans les deux bouts du canal. Le plus simple est assurément celui qui consiste à introduire la sonde ou le tube que l'on veut laisser à demeure par l'urètre antérieur, jusqu'à ce qu'il ressorte par la plaie périnéale ; de le fixer ensuite à l'aide d'un fil résistant sur les yeux de la sonde métallique précédemment introduite dans l'urètre postérieur et qui a été confiée aux mains d'un aide. Le chirurgien tire sur cette sonde, qu'il cherche à dégager en lui faisant parcourir la voie qu'elle a déjà suivie, mais en sens inverse, et bientôt on voit apparaître le bout de la sonde entre les lèvres de la plaie faite dans la région hypogastrique. La sonde est dégagée de ses attaches, et alors de deux choses l'une, ou l'on veut établir le siphonage de la vessie ou l'on ne veut pas le faire. Si non, on se contente de fixer à l'extrémité de la sonde en caoutchouc un fil que l'on fera ressortir par la plaie hypogastrique et que l'on fixera sur la paroi abdominale de façon à permettre le renouvellement facile de cette sonde, et ce sera tout. Si, au contraire, on veut établir le siphonage, à l'exemple de Rohmer, on introduira dans la vessie, par la plaie sus-pubienne, deux sondes de Nélaton placées côte à côte, ou bien, à l'exemple de Pousson, on pourra employer le tube de Périer-Guyon. On emploiera aussi avec avantage et commodément le tube urétro-sus-pubien, comme l'ont employé les docteurs Demons, Trillaux, Defontaine et Princeteau.

Malgré ce qu'en pensent quelques chirurgiens, les plaies périnéales et hypogastriques pourront être partiellement

suturées. Les pansements seront renouvelés aussi fréquemment que le nécessiteront les souillures produites par l'écoulement de l'urine au dehors des voies naturelles, tous les jours en moyenne.

Il n'est pas possible d'apprécier d'une façon moyenne la durée du temps pendant lequel on devra laisser la sonde à demeure; car, c'est en effet ici comme dans l'urétrotomie externe, il faut attendre la reconstitution complète du canal, sous peine de voir persister des trajets fistuleux.

Quant au renouvellement de la sonde, il faut surveiller son incrustation par les matières calcaires, autant que la tolérance du canal. Telle sonde devra être changée tous les quatre jours, telle autre restera en place quinze jours sans inconvénient aucun.

Les suites immédiates de l'opération paraissent avoir été très simples dans la majorité des cas. La mort n'est survenue dans cinq observations que parce que le cathétérisme rétrograde a été essayé par une fistule hypogastrique et n'a pas réussi d'ailleurs, ce qui démontre clairement que la mort n'est point ici imputable à une opération qui n'a pu être exécutée. Mais, dans tous les cas où le cathétérisme vésico-urétral a pu être mené à bonne fin, grâce à l'application de la cystotomie sus-pubienne, la mort n'est jamais survenue du fait même de l'opération. Dans les deux cas où cette terminaison fatale s'est produite (obs. Pousson et obs. Princeteau), elle doit être attribuée au mauvais état antérieur des voies urinaires sur lesquelles venaient s'exercer une intervention tardive.

Les suites éloignées ne sont pas aussi simples et il faut bien se garder d'abandonner les malades à eux-mêmes, sous peine de les voir venir à nouveau réclamer le secours de la chirurgie. Il faudra les habituer et leur montrer à entretenir par un cathétérisme raisonnable le calibre de leur urètre, qui restera malheureusement exposé à se rétrécir comme tous les tissus de cicatrice.

CONCLUSIONS

I. — Le cathétérisme rétrograde est une opération d'une exécution facile, si l'on suit rigoureusement les préceptes indiqués au chapitre précédent. La taille sus-pubienne avec la méthode de Petersen assure la facilité de cette exécution.

II. — La cystotomie sus-pubienne, lorsqu'elle a été nécessaire pour l'accomplissement du cathétérisme rétrograde, n'a jamais aggravé la situation des malades. Et les cas de mort qui ont été enregistrés sont tous imputables à d'autres chefs.

III. — Le cathétérisme rétrograde, sans détrôner l'urétrotomie externe, devient pour elle un auxiliaire puissant lorsqu'il s'agit de retrouver le bout postérieur d'un canal coupé et perdu au cours de cette opération.

IV. — Le cathétérisme rétrograde offre des avantages précieux qui le rendent indispensable dans certains cas de

rupture traumatique récente de l'urètre, et dans certains cas de rétrécissements infranchissables, inflammatoires ou cicatriciels. L'hypertrophie de la prostate et les corps étrangers de l'urètre se compliquant de fausses routes, peuvent aussi, mais dans une mesure beaucoup plus restreinte, réclamer l'application du cathétérisme vésico-urétral.

Vu : Bon à Imprimer :

Le Président de la Thèse,
Dr DEMONS.

Vu :

Le Doyen,
A. PITRES.

Vu et permis d'imprimer :

Bordeaux, le 16 juillet 1889.

Le Recteur,
H. OUVRÉ.